

El Ajuste Socioeconómico en el Financiamiento de la Atención Primaria

Sergio Poblete V.

Magíster en Gestión y Políticas Públicas

Verónica Vargas L.

Dr. Economía, Profesora de Economía de la Salud Universidad Alberto Hurtado/Georgetown

Correspondencia a:
Verónica Vargas L.
E-mail: vwargas@uahurtado.cl

Agradecemos el apoyo financiero y acceso a la información brindado por FONASA, también el apoyo brindado por José Angulo. Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores.

RESUMEN

Introducción: Dado el objetivo de equidad que se ha trazado la actual Reforma de la Salud, es necesario asegurar que el mecanismo de financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) posea indicadores socioeconómicos que aseguren su focalización en las comunas e individuos con mayores niveles de pobreza. **Objetivo:** Desarrollar una propuesta para una redefinición del ajuste por pobreza utilizado en la fórmula de pago per cápita para la APS. **Método:** La metodología utilizada es la siguiente: 1) Revisión de experiencias de ajustes de carácter socioeconómico en el ámbito internacional; 2) Análisis del actual ajuste por pobreza de sistema de pago per cápita chileno; y 3) Propuesta de un ajuste socioeconómico por bene-

CHILEAN PRIMARY HEALTH CARE FINANCING: ADJUSTMENT FOR SOCIOECONOMIC STATUS

Equity is one of the objectives of the current health reform. For promoting equity in primary health care, the financing mechanism must adjust for the socioeconomic status of the beneficiaries. The objective of this work was to revise the current formula and propose an alternative and most accurate indicator. The current indicator of poverty (municipality's financial power) shows low correlation with the information from the National Survey of Socioeconomic Status (CASEN) for 2003 ($R^2 = 0.38$). In contrast, the Public Health Fund (FONASA) definition of poverty (Group A) shows a significant improvement ($R^2 = 0.59$).

Key words: Primary care, financing, socioeconomic status.

ficiario que permita superar las falencias que evidencia el actual mecanismo de financiamiento. **Conclusiones:** Una manera superior de ajustar por pobreza sería utilizar la cantidad de personas pertenecientes a grupo A o indigente de FONASA inscritas en cada comuna. La correlación entre el porcentaje de pobres medido por la Encuesta CASEN 2003 y el número de personas pertenecientes al Grupo A como proporción del total de inscritos es significativa estadísticamente y con un coeficiente de $R^2=0,596^1$, o 1,5 veces mayor que el actual definición utilizada por MINSAL. **Palabras claves:** Atención primaria, financiamiento, nivel socioeconómico.

INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza uno de los aspectos de la revisión de la fórmula per cápita de asignación de recursos para la atención primaria: el ajuste socioeconómico.

¹ Significativa con un 99% de confianza. El número de comunas consideradas en el test fue de 251, debido a que se eliminan las comunas que no cuentan con indicador de CASEN y las comunas de costo fijo que no cuentan con registros confiables del Grupo A.

Para comenzar, se debe consignar que en el ámbito internacional, el fortalecimiento de la APS se vincula al logro de una mayor equidad social y en salud. La Conferencia de Alma Ata realizada en 1978, que constituye un hito para la salud pública, señala que la desigualdad en salud es política, social y económicamente inaceptable. Dicha conferencia sitúa el desarrollo y fortalecimiento la Atención Primaria de Salud como la principal estrategia que tienen los países para lograr una mayor equidad (WHO, 1978). Lo anterior, ha sido reafirmado recientemente con la Declaración Salud para Todos (OPS, 1998). Esta declaración señala que la APS es la forma de organización de los sistemas de salud para garantizar el logro de una mayor justicia social en salud de acuerdo con las condiciones políticas, socioeconómicas y de salud propias de cada país.

En el ámbito nacional, el proceso de reforma de salud que actualmente se está desarrollando tiene como fundamento la búsqueda de una mayor equidad en salud (Sandoval, 2004). Consistente con lo anterior, ha existido una creciente preocupación por el desempeño y organización de la atención pri-

maria de salud lo que se ha visto reflejado en un aumento del volumen de recursos destinados a este nivel de atención.

Por otro lado, numerosos estudios señalan que existe una relación entre el nivel de pobreza y la prevalencia de ciertas enfermedades. Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud de 2003 demuestra que el nivel socioeconómico capturado por el nivel de educación, se asocia a la prevalencia de algunas enfermedades claves, entre ellas hipertensión y diabetes, las que se incorporan al Régimen de Garantías en Salud y cuyo tratamiento se desarrolla predominantemente en la atención primaria (Universidad Católica, 2003). Adicionalmente, la evidencia empírica nacional muestra que el promedio de consultas que realiza el Grupo A (más pobres) de FONASA a APS es menor que el de los otros grupos socioeconómicos, B, C y D (Vargas et al, 2004). Ambas evidencias apuntan a que es necesario entregar incentivos y compensaciones especiales para este grupo.

Debido a lo anterior, resulta relevante estudiar el ajuste socioeconómico que se realiza a la capitación de APS, porque éste es un mecanismo que explícitamente señala que deben destinarse mayores recursos hacia aquellos individuos o zonas en situación de pobreza. En primer lugar, porque las personas en esta condición tendrían un mayor gasto en salud derivado de una mayor morbilidad. En segundo lugar, porque permite lograr una mayor equidad ya que evita que existan incentivos para "descremar" a las personas de menores ingresos, y por tanto, les asegura un mayor acceso.

Cabe consignar que al momento de instaurar el mecanismo per cápita se situó como objetivo de éste la obtención de una mayor equidad en la asignación de recursos (Duarte, 1995). Por lo tanto, resulta relevante estudiar si la ac-

tual operacionalización de pobreza utilizada por el Ministerio de Salud es satisfactoria y permite lograr el objetivo de mayor equidad en salud.

EVIDENCIA INTERNACIONAL

La literatura no es concluyente acerca de la capacidad de predicción de las variables socioeconómicas sobre la utilización de servicios de salud. Por ejemplo, Hutchinson et al., 2000 en una simulación de pagos capitados ajustados por mortalidad y nivel socioeconómico encuentra que estos predicen pobremente las necesidades relativas de atenciones de salud. Por otro lado, Gakidou y King 2002 afirma que los indicadores socioeconómicos pueden predecir de buena forma las atenciones de salud.

Por lo tanto, el nivel socioeconómico no es del todo útil como un ajustador de riesgo, pero puede ser usado como un ajustador normativo, pagando un per cápita más alto para los inscritos de los estratos socioeconómicos más bajos, y así hacerlos más atractivos a los proveedores. En otras palabras al ajustar por indicadores socioeconómicos se subsidia a grupos o individuos más desaventajados (Vargas et al, 2004).

A nivel internacional son numerosos los factores sociales utilizados como ajustadores, por ejemplo: condición de indigencia, desempleo, nivel educacional, y estatus marital. Sin embargo, su uso se fundamenta predominantemente debido a la disponibilidad de datos más que a su vínculo con las necesidades de salud (Rice & Smith 2001). A continuación, se presentan ciertas experiencias de ajustes socioeconómicos para el pago per cápita en salud:

Canadá (Estado de Alberta). En combinación con las variables demográficas se clasifica a la población en 124 grupos sujetos a distintos niveles de

ajustes. La variable nivel socioeconómico considera 4 categorías: aborígenes, perceptores de ayuda social, perceptores de subsidios para la salud, y resto de la población (categoría de referencia). Se considera sólo a los menores de 65 años para realizar ajustes por el concepto socioeconómico, ya que se argumenta que el estatus social sólo es un buen predictor de necesidades de salud en este grupo etareo. Los pagos capitados son más altos en las personas que perciben asistencia social, en promedio son 5 veces mayores que para la categoría de referencia. Luego viene la categoría aborígenes (2 veces mayor que la categoría de referencia) y los subsidiados (1,5 veces mayor que la categoría de referencia) (Alberta Health and Wellness 2004).

Nueva Zelanda. En Nueva Zelanda se utiliza un indicador de privación. Este indicador se calcula para áreas geográficas pequeñas. Por lo que no corresponde en rigor a un ajuste individual. Este índice considera las siguientes dimensiones: ingreso per cápita, tasa de desempleo, nivel de pobreza, disponibilidad de comunicaciones y transporte, nivel de calificación de la población, porcentaje de población que es independiente económicamente, personas que no residen en casas de su propiedad y personas que viven en condiciones de hacinamiento. Operativamente, para realizar ponderaciones, este índice se combina con la etnicidad. Aquellas personas que residen en zonas que se encuentran en el decil 9 y 10 del índice de privación, es decir, que tienen un peor nivel socioeconómico, reciben un mayor pago per cápita (Ministry of Health, 2004).

Australia (New South Wales). Las variables socioeconómicas se utilizan para ajustar el per cápita que se entrega a la atención primaria de dos formas: indigencia y las variables socioeconómicas que componen el índice de necesidades de salud. Se aplica un premio

para la población indigente. Esto se fundamenta en que constituye un grupo con estatus de salud precario y que, por tanto, debiera gozar de alta prioridad en el acceso a atenciones de salud. En la práctica, se aplica un ponderador de 2,5 sobre el cápita base para la población indigente en el área del Servicio de Salud que recibe el pago capitado (New South Wales Department of Health 2005). Por otro lado, en el Índice de Necesidad de Salud se consideran las siguientes dimensiones: mortalidad, índice socioeconómico, aislamiento geográfico y ruralidad. Para calcular las distintas ponderaciones de estas variables se utiliza un modelo regresional que tiene como variable dependiente los costos de las prestaciones de salud (NSW Department of Health 2005). Con respecto al indicador socioeconómico, se utiliza el Índice Educación y Ocupación generado por la Oficina de Estadísticas de Australia. Este índice se construye para pequeñas áreas geográficas y considera variables relacionadas con el tipo de ocupación, desempleo, calificaciones y nivel educacional de la comunidad.

ACTUAL AJUSTE SOCIOECONÓMICO DEL PAGO PER CÁPITA EN CHILE

En la Tabla 1 se presentan los ajustes y montos que considera el pago per cápita en el país. Se observa que el ajuste por pobreza alcanza como mayor proporción de la transferencia total un 5% en las comunas rurales.

Cabe consignar que actualmente el criterio de ajuste por pobreza es operacionalizado no con indicadores de pobreza de los individuos o de la zona geográfica sino que a través de la capacidad del municipio de generar sus propios recursos. Es decir, el ajuste enunciado como de pobreza corresponde a un ajuste de autonomía financiera del municipio. Se supone que a mayor dependencia del Fondo Común Municipal, y menor nivel de ingreso propios permanentes, mayor nivel de pobreza. El nivel de correlación entre el indicador de pobreza de CASEN de 2003 y el indicador de autonomía financiera del municipio estimado por el MINSAL es

estadísticamente significativo (0,01) y tiene un valor de $R^2=0,384^2$.

Actualmente, la corrección utiliza un indicador de privación financiera del municipio que considera para su cálculo dos dimensiones financieras que son: el grado de dependencia del municipio del Fondo Común Municipal y la capacidad de generar ingresos propios. Para lo anterior, se construye un indicador de privación promedio que resume ambas dimensiones. A continuación se presentan las etapas de cálculo de dicho indicador (Vega, Jadue, Bedregal, Delgado, & Larrañaga 2000):

1. Se determina el porcentaje de ingresos del municipio que no proviene del fondo común municipal.

$$1 - \frac{FCM}{TOTIN} \quad (1)$$

² Para dicho cálculo se consideraron comunas con cifras de CASEN y comunas consideradas urbanas y rurales (N = 251).

Tabla 1. Asignación per cápita. Montos totales por categoría 2005 (miles de pesos)

	Nacional		Costo fijo		Rural		Urbano	
	Montos	% del total	Montos	% del total	Montos	% del total	Montos	% del total
Remesa comunas costo fijo	2.313.949	1	2.313.949	91	0	0	0	0
Monto per cápita basal	152.547.771	84	0	0	42.220.694	71	110.327.077	92
Ruralidad	8.437.957	5	0	0	8.437.957	14	0	0
Ajuste por zona	4.723.745	3	0	0	1.916.382	3	2.807.362	2
Ajuste por pobreza	6.070.083	3	0	0	3.003.172	5	3.066.910	3
Ajuste transitorio	267.516	0	0	0	0	0	267.516	0
Asignación Pob. > 65 años	3.770.970	2	0	0	1.049.802	2	2.721.168	2
Asignación desempeño difícil	3.299.421	2	227.072	9	2.425.498	4	646.850	1
Remesa total	181.431.414	100	2.541.021	100	59.053.507	100	119.836.885	100

Fuente: Minsal Decreto 181, www.minsal.cl

Donde FCM = Ingresos municipales provenientes del Fondo Común Municipal y TOTING= Ingresos municipales totales.

- Se determinan los ingresos propios permanentes municipales (IPPM) por habitante.

$$\frac{IPPM}{Población beneficiaria validada} \quad (2)$$

- Para integrar en un indicador a ambas variables (dependencia del FCM e ingresos propios del municipio) se procede a homogenizar sus unidades. Para ello se calcula para cada variable ((1) y (2)) un indicador denominado Privación (P), el cual se define como:

$$P_i = \frac{V_{max} - V_i}{V_{max} - V_{min}} \quad (3)$$

Siendo V_{max} y V_{min} el valor máximo y mínimo de (1) y (2) en las comunas consideradas en el sistema per cápita y V_i el valor de (1) y (2) en la comuna i . La privación (P) toma valores que van entre 0 y 1, siendo 1 la mayor privación. Entonces, para las dos dimensiones se calcula el indicador de privación (P), siendo Privación_a la privación relacionada con la no dependencia del FCM y Privación_b la privación vinculada a los ingresos municipales propios por beneficiario.

Finalmente, estas dos privaciones se promedian y se obtiene un valor final comunal que se denomina IPP y que constituye el indicador de pobreza municipal utilizado para ajustar por pobreza:

$$IPP = \frac{Privación_a + Privación_b}{2} \quad (4)$$

Dependiendo del valor del indicador, las comunas son agrupadas en 4 tramos, aplicándose un ajuste al per cápita para que éste refleje la situación de precariedad financiera. El tramo 1 considera a las comunas con mayor precariedad financiera o mayor indicador de pobreza municipal, siendo el tramo 4 el que agrupa a las comunas con menor precariedad financiera. A continuación, se señalan los tramos, ajuste y distribución de comunas por tramos de dependencia del Fondo Común Municipal (Tabla 2).

Aproximadamente, el 30% de los inscritos validados por FONASA percibe algún tipo de ajuste en su capitación por concepto de pobreza. También se puede observar que dentro de los tramos 1-3, que implican algún ajuste, cada uno considera aproximadamente al 10% de las personas inscritas.

LA NECESIDAD DE REVISAR EL AJUSTE POR POBREZA

En las Figuras 1 y 2 es posible observar que, en la práctica, las comunas con

mayor proporción de pobres no están siendo compensadas adecuadamente con un mayor volumen de recursos. La construcción de estos gráficos consideró la generación de deciles de personas inscritas ordenadas según el índice de pobreza de la comuna que reporta la encuesta CASEN 2003 (valores 0-1). Es decir, para construir los deciles en primer lugar se ordena a las comunas de mayor a menor nivel de pobreza de las personas según la encuesta CASEN 2003, y luego, se procede a acumular personas inscritas (cada decil corresponde a aprox 10% de la población inscrita). Por tanto, el decil 1 corresponde al 10% de las personas inscritas que se encuentran en las comunas con mayor nivel de pobreza y el decil 10 corresponde al 10% de los inscritos que se encuentran en comunas con un menor índice de pobreza.

En dichas figuras se ilustran las dos principales fuentes de financiamiento de la salud municipal: el aporte per cápita³ y el aporte realizado por los municipios por inscrito⁴. En el primer gráfico se puede observar a las comunas urbanas

³ Los datos provienen del MINSAL (www.minsal.cl) y corresponden a 2005. Las cifras representan el total recursos que considera el sistema per cápita dividido por el número de inscritos.

⁴ Los datos corresponden a 2004 y son extraídos del SINIM. Se supone que el aporte municipal en 2005 se mantiene invariante con respecto a 2004.

Tabla 2. Rangos y porcentajes de ajustes por Ingreso Municipal 2005

	Tramo 4	Tramo 3	Tramo 2	Tramo 1
Rangos del indicador de dependencia del FCM	0,00140 a 0,7583	0,76 a 0,7932	0,7939 a 0,8266	0,8285 a 0,9736
Porcentaje de ajuste del per cápita	0%	6%	12%	18%
Número de comunas	159	24	31	54
Inscritos en cada tramo como porcentaje del total de inscritos (%)	70	10	9	10
Población inscrita	6.548.539	948.735	848.606	960.353
Porcentaje del total de población inscrita	70,4%	10,2%	9,1%	10,3%

Fuente: Elaboración propia en base a Decreto 181 MINSAL 2004 y www.minsal.cl. Se consideran en esta tabla sólo comunas urbanas y rurales

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

y en el segundo a las comunas rurales. Se extrae de estos gráficos que la asignación per cápita no varía significativamente con el nivel de pobreza de la comuna. Por otro lado, el aporte municipal por inscrito es sustantivamente mayor en las comunas con un menor

nivel de pobreza, esto implica una distribución regresiva.

La asignación per cápita resulta neutra con respecto al nivel de pobreza en las comunas rurales y regresiva en las urbanas (Figuras 1 y 2). Lo que se contradice

con lo que sería deseable, ya que las comunas con mayor cantidad de personas pobres debieran recibir un mayor aporte, ya considerando que su gasto por inscrito debiera ser mayor.

Lo anterior, hace indispensable introducir un ajuste en la fórmula per cápita que efectivamente dé cuenta de la cantidad de pobres que hace uso de los servicios de atención primaria en la comuna.

Según Vega et al 2000, existe como supuesto que una mayor pobreza comunal, es decir, una menor capacidad para generar ingresos por parte del municipio, implica una mayor pobreza de los individuos que forman parte de la comuna. Este supuesto no es necesariamente cierto debido a que el ingreso municipal puede no dar cuenta del ingreso de los individuos o del número personas pobres que se encuentren al interior⁵ de la comuna. Sin duda, existe una asociación entre ambas variables, pero es más preciso sería utilizar un indicador de pobreza propiamente tal.

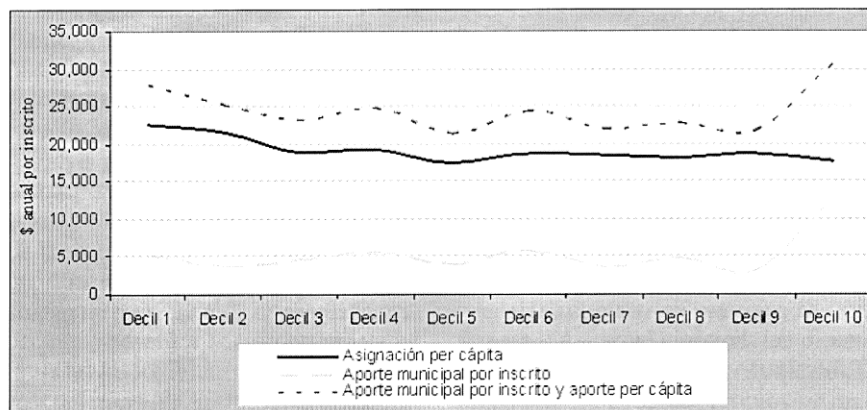


Figura 1. Aporte por inscrito para la Atención Primaria. 2005.

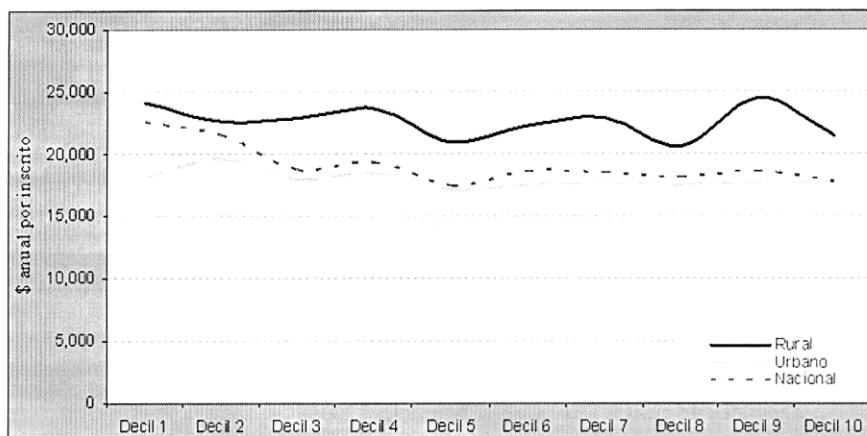


Figura 2. Asignación per cápita por tipo de comuna. 2005.

El Indicador de Pobreza de la Encuesta CASEN

La encuesta CASEN⁶ proporciona información acerca de las condiciones socioeconómicas de los diferentes sectores sociales del país, sus carencias más importantes, la dimensión y características de la pobreza, así como la distribución del ingreso de los hogares. El concepto de pobreza utilizado es el del ingreso. Es decir, si el ingreso per cápita del hogar no alcanza el valor de una canasta básica de alimentos, las perso-

⁵ El indicador de pobreza que reporta la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada por MIDEPLAN es el instrumento más utilizado en el diseño de políticas sociales, ya que es una encuesta generada con el propósito de medir pobreza. Esta encuesta tiene como objetivo lograr que el gasto social llegue a los segmentos poblacionales identificados como focos prioritarios de las políticas sociales.

⁶ El principal problema que implica la utilización del indicador de pobreza de las personas de la encuesta CASEN consiste en su disponibilidad para la totalidad de comunas. En 2003 existen 302 comunas autorrepresentadas en la encuesta, es decir, que tienen un tamaño adecuado de representación en la muestra y por tanto es posible realizar estimaciones a nivel comunal. El problema de carencia de información en estas comunas puede solucionarse en el futuro debido a los incentivos que generaría para los municipios contar con indicadores de pobreza ya que estos estarían asociados potencialmente a una mayor asignación per cápita.

nas que componen ese hogar son indigentes. Por otra parte, si ese ingreso se encuentra entre una y dos canastas, las personas de ese hogar son pobres no indigentes. Para el caso urbano la línea de pobreza se obtiene doblando el valor de una canasta básica. Para las zonas rurales en 2003, el umbral de pobreza corresponde a 1,76 canastas alimentarias básicas rurales (www.mideplan.cl) (Tabla 3).

Hay que agregar a la débil correlación entre el nivel de pobreza de la comuna de la Encuesta CASEN y la variable utilizada por MINSAL para capturar pobreza. Ello se explica porque el indicador utilizado por MINSAL es dicotómico y la mayoría de las municipalidades no reciben subsidio por este concepto.

Además, considerar a un indicador de ingresos municipales introduce incentivos contradictorios. Por un lado, aquellos municipios con una gestión eficiente y que son capaces de generar ingresos propios tendrían un menor ajuste por pobreza en la determinación de la asignación per cápita para la atención primaria. Por lo tanto, se estaría castigando a aquellos municipios que realizan esfuerzos para generar ingresos propios.

Sin embargo, hay que tener en cuenta otra desventaja que implica la utilización de un indicador que caracteriza a la pobreza comunal y que es que está reflejando de manera indirecta a los individuos pobres que hacen uso de los servicios de salud. Es decir, un indicador comunal no da cuenta de los pobres que efectivamente están siendo atendidos en la atención primaria y que por tanto deben recibir una compensación por el mayor costo que esto genera. Esto porque se puede dar el caso de dos comunas con un mismo nivel de pobreza, pero que una realice mayores esfuerzos para atender a los pobres mientras que la otra seleccione a sus beneficiarios en función de los que generen menor costo, con lo que evitarían tener inscritos pobres. Lo anterior, se soluciona realizando una compensación de acuerdo a las características socioeconómicas de los inscritos, lo que en la práctica se traduce en la cantidad de personas del grupo A inscritas como se analiza a continuación.

Ajuste basado en los grupos de ingreso de FONASA

Una manera de ajustar por pobreza sería utilizar la cantidad de personas pertenecientes a grupo A o indigente de

FONASA inscritas en cada comuna. Esta información se encuentra actualizada por FONASA en todas las comunas bajo el actual sistema de asignación per cápita, además, la calidad de la información ha mejorado muchísimo desde que FONASA ha firmado un acuerdo con el Servicio de Impuestos Internos (SII) para acceder a la información sobre ingresos de sus afiliados.

En la Tabla 4 se presenta la cantidad de beneficiarios que posee cada grupo en 2005.

Como el Grupo A corresponde a personas catalogadas como indigentes que se encuentran inscritas en el servicio de salud y que por tanto son sujetos de atención por los servicios de atención primaria se propone realizar el ajuste por pobreza en función del número de personas del grupo A que posea cada comuna.

La utilización del número de personas pertenecientes al grupo A implica las siguientes ventajas:

Tabla 3. Correlación entre indicador de capacidad financiera municipio (ingreso municipal) y el indicador de pobreza de CASEN en 268 comunas⁷

	Pobreza CASEN 2003	Nivel socioeconómico del municipio
Pobreza CASEN 2003	1	,384 (**)
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.	,000

** Correlación significativa al nivel de 0,01.

⁷ Para realizar la correlación se supuso que los distintos tramos de ingreso municipal corresponden a distintas proporciones de pobreza en la comuna. Así el tramo 1 de ingreso municipal corresponde a un 100% de población pobre en la comuna: el tramo 2 a 66% de la población pobre; el tramo 3 implica un 33.% de pobres; y el tramo 4 supone que en esas comunas no existen pobres. Estas proporciones se basan en los actuales ponderadores de ingresos municipal: tramo 1 un 18% de ajuste; el tramo 2: un 12% de ajuste; el tramo 3 un 6% y el tramo 4 no recibe ningún ajuste.

⁸ Los datos de FONASA y MINSAL difieren debido a los continuos procesos de actualización que realiza FONASA. Sin embargo, para conocer los montos es más indicado utilizar los datos de MINSAL ya que sobre estas cifras se calculan las transferencias.

Tabla 4. Beneficiarios de FONASA⁸ por grupo. 2005

Grupo	Número de personas	% del total de inscritos
Grupo A	3.102.466	32
Grupo B	2.584.217	27
Grupo C	1.452.081	15
Grupo D	1.163.989	12
No clasificados	1.439.294	14
Total	9.742.047	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Depto. de Estudios de FONASA.

- 6.- MINSAL. Decreto 181. Aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal. 2004.
- 7.- New South Wales Department of Health. Resource distribution formula. Technical paper. 2005.
- 8.- OPS. Salud para todos, Organización Panamericana de la Salud, 1998, informe técnico OPS/DAP/98.3.39.
- 9.- RICE N, SMITH P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, Centre for Health Economics University of York, York. 1999.
- 10.- SANDOVAL H. Mejor Salud para los Chilenos Fundamentos Sanitarios, Políticos y Financieros de Hacer una Reforma al Sistema de Salud Chileno. Cuadernos Médico Sociales Marzo 2004; 43: 1.
- 11.- Universidad Católica de Chile, Ministerio de Salud. Resultados Primera Encuesta de Salud: Chile 2003, (Santiago, Junio de 2004), 1-453.
- 12.- VARGAS V, WASHBURN D, MATUS M. Usando variables demográficas y algunos diagnósticos claves para ajustar el per-capita, MINSAL, Santiago. 2004.